

# DER Heilpraktiker

Fachzeitschrift für Natur- und Erfahrungsheilkunde

April  
2023  
90. Jahrgang



## Verdauung Manuelle Therapie



© Pixelmixel - stock.adobe.com

# Clinical Reasoning bei muskuloskeletalen Affektionen

## Kasuistik

Das Clinical Reasoning (CR), frei übersetzt die klinische Schlussfolgerung [1], ist vielen Ärzten, Medizinerinnen oder Therapeuten ein bewährtes und zuverlässiges Denkmodell geworden, um die vom Patienten beschriebenen Symptome in eine Ursachenfindung zu überführen. Dieses strukturierte Vorgehen soll verhindern, dass voreilige Schlüsse gezogen oder beliebte Theorien und Techniken vorschnell angewandt werden. Das CR ist somit ein Bewusstwerdungsprozess, in dem das eigene Denken, die therapeutischen Entscheidungen und die Wechselbeziehungen mit dem Patienten reflektiert und – falls nötig – angepasst werden [2].

Dabei folgt der Mediziner, gleich einem Kommissar, den untrüglichen Spuren an des-

sen Ende der Beweis in Form klinischer Tests oder von bildgebenden Verfahren steht – aus dem Verdacht wird der Beweis [3].

Doch nicht immer folgt der Behandler der richtigen Spur. Durch Ähnlichkeiten in der Beschreibung oder falsch verstandenen Aussagen (z. B. bei Fremdsprachlern) können sogenannte „Zebrafehler“ entstehen [4, 5]. *Zebrafehler*? Alle abgebildeten Tiere (Abb. 1) aus der Nähe betrachtet, haben die ähnliche Maserung eines Zebras – zwei davon sind aber keine. Erst in der Gesamtschau wird klar um welches Tier es sich handelt.

Insofern kann die anfänglich favorisierte Spur vollkommen in die Irre führen und

selbst erfahrene Therapeuten sind vor diesem „Zebrafehler“ nicht gefeit. Lassen Sie es uns versuchen und kommen sie mit auf eine kleine Exkursion im Clinical Reasoning-Prozess.

## Kasuistik

Eine Patientin, 67 Jahre, klagt seit vier Monaten über plötzlich aufgetretene Schmerzen im links lateralen Kreuzbeinbereich (Gluteal-lumbalen Bereich), die in das linke Bein (Oberschenkelrück- und Innenseite) bis unterhalb des Knies ausstrahlen. Die Symptome sind sowohl in Ruhe, vorherrschend jedoch bei Aktivität vorhanden. Als Verdacht wird ein Fehltritt ange-



© Mari, © Piotr Kreslak, © Pixelmixel - stock.adobe.com

Abb. 1: Neben dem Zebra gibt es andere Tiere, die ein „Zebromuster“ tragen.

geben, wobei das linke Bein ins „Leere“ trat.

*Anmerkung: An dieser Stelle entstehen bereits erste Vermutungen, die der erfahrene Behandler sofort mit vergleichbaren Fällen abgleicht. Die klassischen Nerven- oder Wurzelreizungen, NPP, oder Lumboischialgien zeigen häufig eine Ausstrahlung bis in den Fuß oder in die Zehen. Demzufolge könnte es sich hier um eine funktionelle Störung aus dem Becken oder Lumbalbereich handeln.*

*Der Britische Orthopäde James Cyriax nannte solche funktionelle Störung auch „Bagatelltrauma“ [6, 7], die sich in vielen Fällen vom Zeitpunkt des Ereignisses, bis zum ersten Auftreten der Symptome erst nach zwei Wochen bemerkbar machen können.*

*Dies erschwert manchmal die Suche nach solchen Vorkommnissen, da sich der Patient an diese „Bagatellen“ nicht mehr erinnern kann oder diesen keine Bedeutung beimisst (z. B. Stolpern, ungeschickte Bewegung, nachfassen, Fehltritt, stoßen, etc.). In diesem Fall konnte die Patientin die Situation benennen und bringt diese auch mit den Beschwerden in Verbindung.*

## Untersuchungen

### Inspektion

In der Betrachtung Ausgangsstellung-Stand von Dorsal, zeigt sich die untere Muskulatur der Lendenwirbelsäule (LWS) paravertebral stark gespannt. Ein Beckentiefstand links von circa einem Zentimeter und eine Aufquellung im Ilio-Sakral-Bereich (ISG) sind palpabel bzw. sichtbar.

*Anmerkung: Durch diesen kurzen Sicht- und Tastbefund verstärkt sich die Vermutung, dass es sich hierbei um eine ISG-Blockierung handeln könnte. Um zu überprüfen welche Strukturen noch beteiligt sind, wäre es hilfreich dies mit weiteren Tests (Aktive Bewegungsprüfung, Palpation und segmentale Untersuchungen) abzusichern, um die Hüftgelenke, die untere LWS und ggf. spezielle Muskulatur wie z. B. den M. Piriformes zu überprüfen.*

### Aktive Bewegungsprüfung

Abduktionsbewegung der Hüftgelenke im Seitenvergleich (wichtig für Hip Drop) zeigt sich unauffällig, die Flexion und die Innenrotation sind im Seitenvergleich vermindert. Der sogenannte Vorlaufstest (kann im Sitzen – um die Ischiocrurale Muskulatur auszu-

schalten -und im Stehen ausgeführt werden) ist in unserem Fall auf der linken Seite positiv [8]. Der Hip Drop-Test ist nach rechts eingeschränkt (härterer Fall).

### Palpation

Die Palpation in Bauchlage zeigt auffällige Faszien-Verklebungen (Kieblerfalte) der unteren LWS und der ISG-Region. Die paravertebrale Muskulatur ist im Hypertonus und partiell druckdolent. Der linke obere Ansatzpunkt des M. Piriformes ist schmerzreaktiv im Sinne eines Triggerpunktes mit leichter Ausstrahlung in das Symptomgebiet. Weitere Myogelosen im Bereich des Glutaeus maximus und an der Christa Iliaca medial-dorsal sind palpabel.

### Muskeltest

In Bauchlage (BL) zeigt sich eine Verkürzung des M. rectus femoris sowie des M. Piriformes in Bezug zur rechten Seite und eine Kraftminderung von beiden Muskeln getestet aus der Dehnstellung im Seitenvergleich.

*Anmerkung: Wenn bereits nach der Verdachtsdiagnose und der ersten Inspektion behandelt worden wäre, dann wären die durchaus beachtenswerten weiteren Befun-*

de nicht aufgefallen. Dies wäre nicht grundsätzlich verkehrt, es ist jedoch anzunehmen und aus der Erfahrung abzuleiten, dass eine schnell erreichte Besserungen rezidivieren und sich erneut verschlechtern kann, wenn nicht auch die muskulären „Rahmenbedingungen“ verbessert werden.

Dies ergibt sich auch aus der anfänglichen Aussage der Patientin, dass die Beschwerden schon seit vier Monaten bestehen. Daher ist anzunehmen, dass sich bereits „kompensatorische Muster“ aufgebaut, die eine muskuläre Dysbalance manifestiert haben.

### Biomechanische- und segmentale Untersuchungen

Beim Hebe- und Schütteltest der Ilio-sacralfuge (BL) zeigt sich links eine verminderte Bewegungsamplitude. Der Hyperabduktionstest („Patrick-Kubis-Test“) [9] weist rechts ein weiches und links ein fest-elastisches Endgefühl auf, was wiederum auf eine Beteiligung bzw. Verkürzung des M. Ilio psoas hinweisen kann.

### Neurologische Tests

Keine neurologischen Befunde bzw. Zeichen

### Diagnose

Eine durch Fehlbelastung induzierte ISG-Blockierung mit einer Rotation des Os

Ileums nach dorsal in Bezug auf das Os Sacrum. Kompensatorische Verkürzung der M. rectus femoris, M. Ilio psoas und des M. Piriformes links und muskulärer Dysbalance. Triggerpunkte im M. Piriformes und im Ansatz des M. Glutaeus maximus. Reflektorischer Hypertonus der unteren LWS-Muskulatur.

### Behandlung

Unspezifische Massage (z. B. Querfriktion) im unteren LWS-Bereich mit Weichteil und Gelenkmobilisation der langen Rückenstrecker in BL. Mobilisation des linken Os Ileums nach anterior im Kreuzgriff. Triggerpunktbehandlungen am M. Piriformes und des M. Glutaeus maximus. Mobilisation des linken Ileums nach anterior mit Antagonisten Hilfe (M. Quadriceps-rectus femoris). Automobilisation des linken M. Ilio psoas.

### Ergebnis

Im ersten Re-Befund zeigt sich eine deutlich verbesserte Bewegungsamplitude des linken ISG mit einer anhaltenden symmetrischen Position. Seit der ersten Behandlung ergab sich eine rückläufige Symptomatik und nach fünf weiteren Behandlungen traten keine signifikanten Schmerzen mehr auf. Latente Beschwerden sind zeit-

weise noch vorhanden, vermutlich aufgrund der dauerhaften Fehlstellung von vier Monaten.

### Fazit

Auch wenn, wie in diesem Fall, der erste Verdacht bereits in die richtige Richtung führte, lohnt es sich diesen durch weitere Tests zu überprüfen. Sei es, um ihn zu bestätigen oder zu verwerfen oder, wie in unserem Beispiel weitere Faktoren herauszufinden, die in diesem Zusammenspiel von Bedeutung sind.

Auch wenn in der medizinischen Praxis aufwendige Tests und Untersuchungen Zeit kosten, sollten sie dennoch – gleich beim Erstkontakt – erfolgen, um mögliche Begleitstörungen zu erfassen, „Yellow- und Red-Flags“ zu erkennen und um schlussendlich durch eine zielführende, therapeutische Intervention eine nachhaltige Besserung zu erreichen.

Dr. phil Frank Martin M.A.

**Keywords:** Clinical Reasoning, Diagnostik, Kasuistik, manuelle Therapie, Zebrafehler



Dr. Frank Martin

Dr. phil. Frank Martin ist Physiotherapeut und Heilpraktiker. Er hat zusätzlich an der Europa Universität Viadrina für Kulturwissenschaften und Komplementäre Medizin in Frankfurt / Oder studiert und mit einer Promotion in Kultur- und Gesundheitswissenschaften abgeschlossen.

### Kontakt:

Dr. phil Frank Martin  
Im Wallgraben 38  
79761 Waldshut-Tiengen  
www.naturheilpraxis-waldshut.de  
kontakt@naturheilpraxis-waldshut.de

### Literatur

- [1] *Clinical Reasoning. Gebräuchliche Definition von Jones, 1995: „Denk- und Entscheidungsprozess, der die Grundlage klinischen Handelns am individuellen Patienten bildet.“*
- [2] Jones u. Rivett, 2004
- [3] *Oder die dem Therapeuten zur Verfügung stehenden Informationen*
- [4] *Erinnerungszeit von einem Ärztekongress*
- [5] *Als Synonym für eine voreilige Schlussfolgerung (hasty Reasoning)*
- [6] *James Cyriax, ist der Begründer der Orthopädischen Medizin. Er entwickelte und systematisierte in den 30er Jahren als erster die klinische Untersuchung und die daraus resultierende Behandlung des Bewegungsapparats auf der Grundlage der funktionellen Anatomie. Mit nur wenigen Tests war es so möglich, ein Maximum an Information zu erhalten. Cyriax prägte bekannte Begriffe wie*
- „Painful arc, Kapselmuster, Durazeichen, Referred pain, sign of the buttock, Disc lesion“, etc.
- [7] *Typisch für Bagateltraumen sind lokale Schmerzen, die durch Belastung oder Bewegung verstärkt werden. Bei Bagateltraumen im Bereich von Gelenken kann es zu vorübergehenden Funktionseinschränkungen kommen.*
- [8] *Palpiert wird die Spina Iliaca posterior-superior bds. während sich der Patient vorneigt, eine asymmetrische Entfaltung deutet auf eine Blockierung derselben Seite hin.*
- [9] *Hyperabduktionstest („Patrick-Kubis-Test“): In Rückenlage wird im Seitenvergleich jeweils das im Knie- und Hüftgelenk gebeugte Bein im Hüftgelenk maximal abduziert und der Abstand zwischen Knie und Unterlage gemessen. Dabei muss der kontralaterale Beckenkamm durch den Untersucher auf der Unterlage fixiert werden.*